Virage ambulatoire

&

Hôpital de demain

Université Paris-Dauphine

22 janvier 2015

Agence Nationale d'Appui à la Performance
des établissements de santé et médico-sociaux

SOMMAIRE

1. Contexte
2. Partenariat HAS / ANAP
3. Travaux réalisés
4. Nécessité de fonder l'hôpital de demain

Contexte

- **La chirurgie ambulatoire est un mode de prise en charge (centré sur le patient) qui se caractérise par une gestion de flux autour d'une unité de lieu (UCA), de temps (moins de 12h) et d'action (action coordonnée et globale de l'équipe de soins)**
  - En rupture avec la pratique traditionnelle où le patient est en attente des événements générés par les différents services (admission, radiologie, bloc opératoire, etc.)

- **La chirurgie ambulatoire est une priorité nationale**
  - La France est en retard par rapport aux autres pays de niveau économique comparable
  - La prise en charge en ambulatoire est un élément essentiel de la qualité et de la sécurité des soins. Elle a un impact sur tout le fonctionnement de l'hôpital
  - Il s'agit d'un objectif devenu prioritaire pour la DGOS qui a fixé a 50% minimum le taux d'actes chirurgicaux devant être pris en charge en ambulatoire en 2016
  - Le développement de la chirurgie ambulatoire fait partie des programmes de gestion du risque de l'Assurance Maladie, de la DGOS et des ARS

- **Le « virage ambulatoire » ne concerne pas uniquement la chirurgie mais également la médecine ambulatoire**

- **Face aux contraintes générées par l'évolution de l'ONDAM, la réorganisation de l'hôpital est un élément majeur d'efficience**

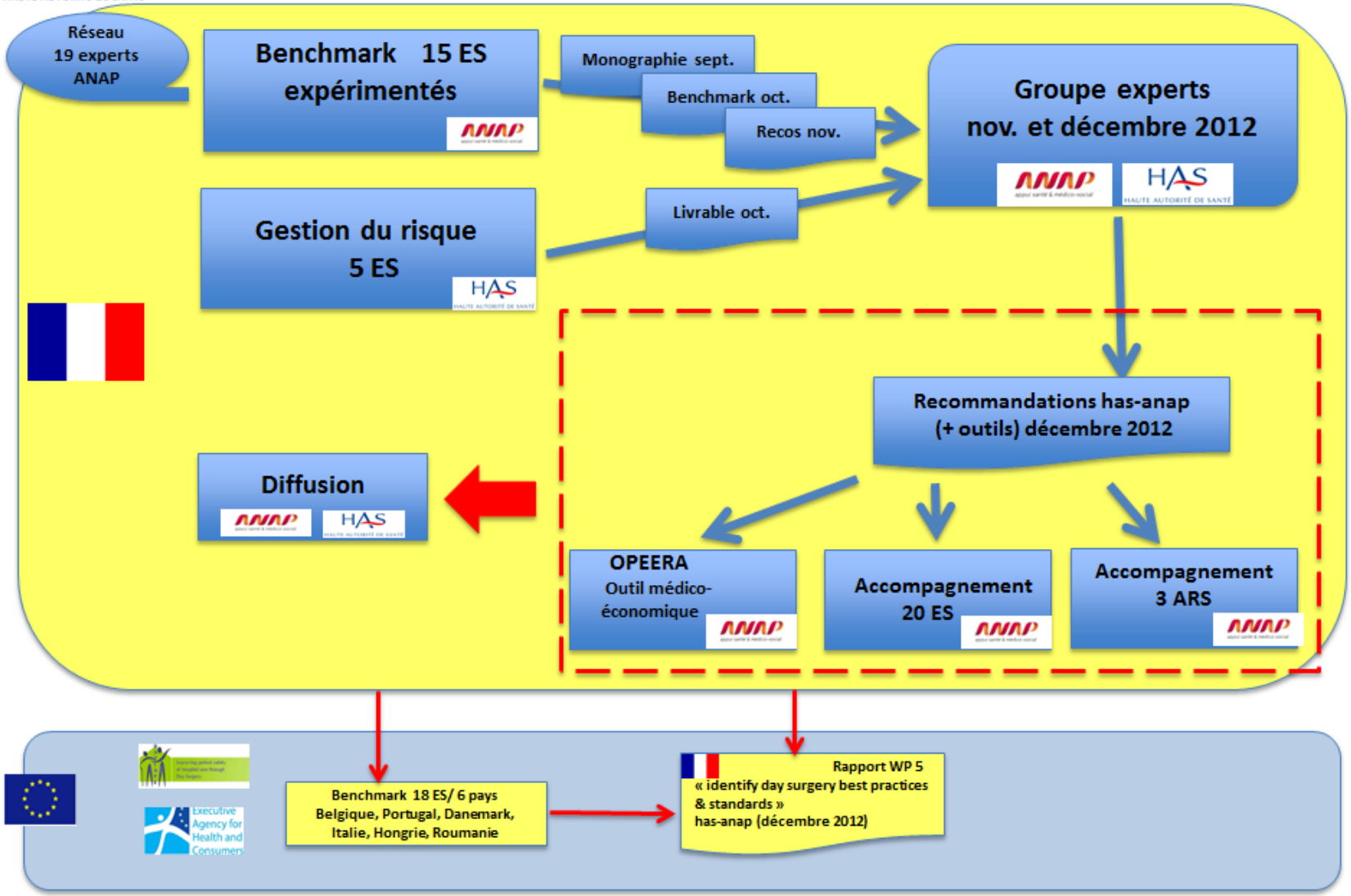
Partenariat HAS / ANAP

- **Dès sa création en 2009, l'ANAP s'est mobilisée sur la thématique de la chirurgie ambulatoire**

- **Cette mobilisation s'est notamment concrétisée par un partenariat HAS/ANAP** (convention cadre signée fin 2009)
  - Il existe une forte complémentarité des 2 structures de par leurs
    - ✓ Missions respectives
    - ✓ Savoir-faire et compétences respectives
  - Un programme commun a été élaboré **« Ensemble pour le développement de la chirurgie ambulatoire »**

- **Intérêt des travaux à double validation HAS / ANAP**
  - Aider et accompagner le changement pour chacun des acteurs : PS;ES;ARS.
  - Produire des outils permettant de guider sur le plan pratique ces acteurs en répondant à leurs préoccupations de terrain.
  - Renforcer la communication auprès des acteurs (PS; ES; ARS), des institutionnels (Académies; Sociétés savantes; Ordres; CNC…), des patients et du grand public

Partenariat HAS / ANAP



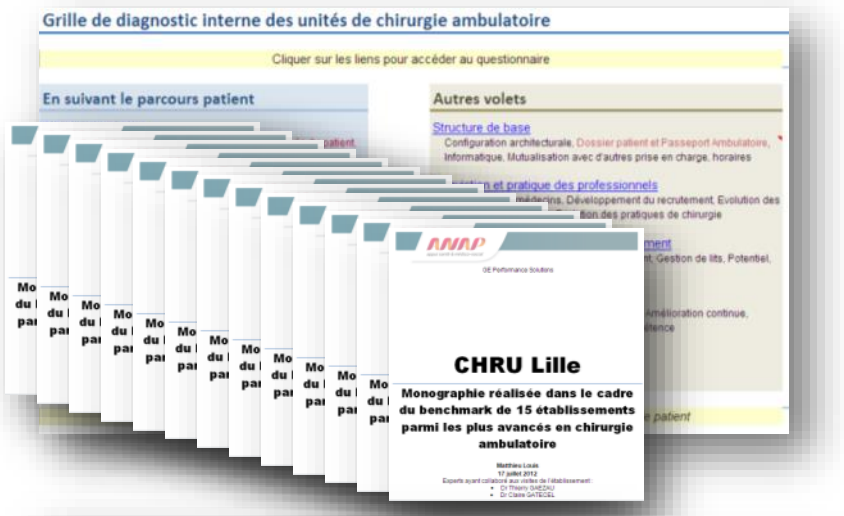
Partenariat HAS / ANAP

		Secteur privé commercial	Secteur public (CHU / CH) et ESPIC
Publication de recommandations à visées organisationnelles	Etude comparative 15 ES expérimentés	Hôpital clinique Claude Bernard (site pilote) Centre de la main, Angers Médipôle Garonne, Toulouse Centre Clinical Soyaux Clinique du parc, Saint-Etienne Clinique Mathilde, Rouen Hôpital Privé d'Antony	Sincal, Nancy Centre Léon Bérard, Lyon Fondation Rothschild, Paris CHR Metz-Thionville CHU de Lille Ahnac CHI Poissy Saint-Germain CH Saint-Quentin
	Analyse de risque 5 ES	Clinique Clémentville, Montpellier Diaconesses, Strasbourg	CH Villefranche-sur-Saône CHU Robert Debré CH Avranches
Publication d'un outil d'aide à la décision médico-économique	Etude médico-économique 5ES	Clinique Mathilde à Rouen Clinique Saint Martin à Caen	CHU de Toulouse CH de Béziers Institut Mutualiste Montsouris à Paris
Publication d'une guide opérationnel pour favoriser le développement de la chirurgie ambulatoire	Accompagnement 20 ES	Clinique Saint Augustin, Bordeaux Clinique Kennedy, Nimes Clinique Turin, Paris Clinique de Blois, Blois Clinique chirurgicale le Pré Pasteur, Le Mans Clinique de la Sauvegarde, Lyon Clinique de la Casamance, Aubagne Clinique des Cèdres, Brive	CH d'Avignon CH de Bigorre, Tarbes CH de Mâcon CH de Martigues CH de Villefranche / Saône CHU de Poitiers CHU de Tours, Tours CHU de Brest, Brest Clinique mutualiste Jules Verne, Nantes Hôpital Saint Joseph / Saint Luc, Lyon Hôpital Saint Joseph, Marseille GHICL, Lille
Publication guide	Accompagnement 3 ARS	ARS Midi-Pyrénées, Lorraine, Auvergne	

Benchmark de 15 ES et Recommandations HAS / ANAP

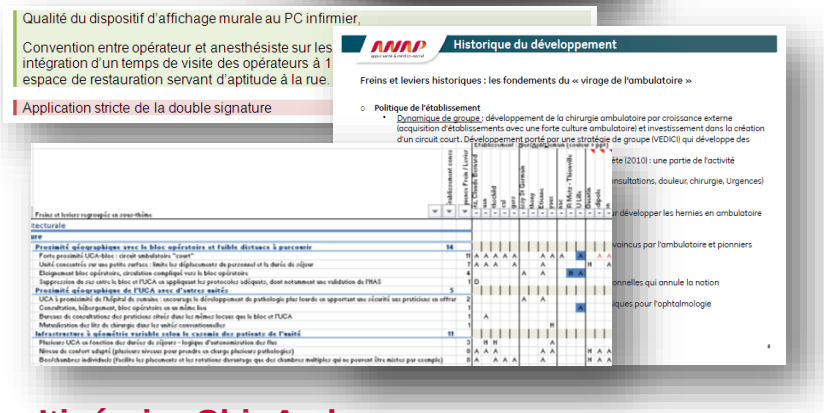
Grille d'analyse commune

15 monographies et rapports d'experts suite à 3 jours de travail sur site


Grille de diagnostic interne des unités de chirurgie ambulatoire
Cliquer sur les liens pour accéder au questionnaire
En suivant le parcours patient
Autres volets
Structure de base
CHRU Lille
Monographie réalisée dans le cadre du benchmark de 15 établissements parmi les plus avancés en chirurgie ambulatoire

Synthèses des freins et des leviers issues des monographies

Recueil des éléments les plus marquants et innovants dans chaque établissement, hors de toute grille


Qualité du dispositif d'affichage murale au PC infirmier,
Application stricte de la double signature
Historique du développement
Freins et leviers historiques : les fondements du « virage de l'ambulatoire »

16 Recommandations organisationnelles HAS/ANAP déclinées sous quatre dimensions :

- **Principes**
- **Stratégies**
- **Opérationnelles**
- **Prospectives.**

Itinéraire Chir Ambu

- *Découvrir les recommandations organisationnelles ANAP-HAS*
- *Évaluer la maturité organisationnelle d'un établissement de santé*
- *S'inspirer des organisations les plus performantes et représentatives*

Ces recommandations sont disponibles sur les sites de l'ANAP et de la HAS

OPEERA : Outil Prospectif d'Evaluation Economique Relatif à l'Ambulatoire

1 - Objectifs

- **Objectiver les conditions requises de l'équilibre économique** d'une unité de chirurgie ambulatoire ainsi que l'impact économique du transfert d'activité de l'hospitalisation complète vers l'ambulatoire pour un établissement donné
- **Etre prospectif :** chaque établissement doit pouvoir construire sa propre feuille de route pour développer la chirurgie ambulatoire, en fonction de son niveau de maturité, son case-mix, etc.
- **Être opérationnel et autoportant :** il doit être facile d'utilisation et ne nécessite pas pour les établissements d'avoir une comptabilité analytique fine
- **Donner des résultats clairs et compréhensibles :** les résultats doivent être explicites et représentés graphiquement

2 – Problématiques soulevées

- **Quelle part de l'activité chirurgicale actuelle peut-on envisager de transférer en ambulatoire ?**
- **Quels sont les impacts ?**
  - Capacitaires sur les unités HC et UCA ?
  - Financiers en terme de coût et recette ?
  - Réorganisation des unités d'hospitalisations conventionnelles ?

3 – Modalités de fonctionnement

1 - Etat des lieux

Données d'activité et de dimensionnement, de coûts et de recettes variables, ainsi que les coûts de structure de l'établissement

→

2- Hypothèses du transfert en ambulatoire

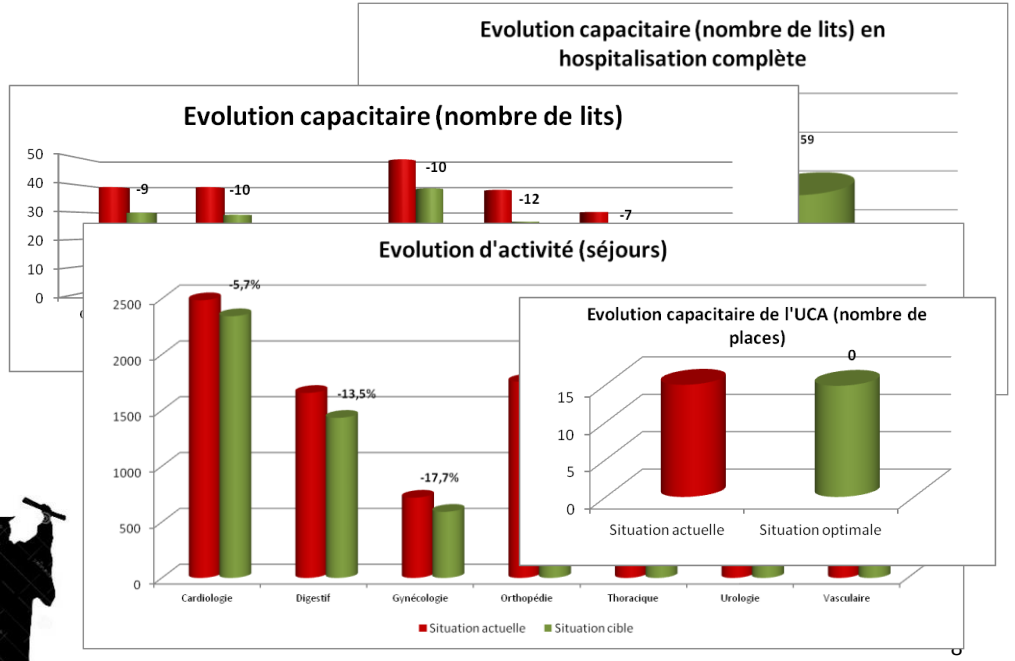
Choix du volume d'activité à transférer, des taux d'occupation et de rotation cibles, ainsi que les évolutions de personnel souhaitées

← Itération →

3 - Résultat de la simulation

Impact du transfert en ambulatoire seul ou avec une réorganisation en termes d'activité, de dimensionnement, de personnels, de coûts et de recettes variables, et présentation du solde net de l'opération selon les deux scénarios.

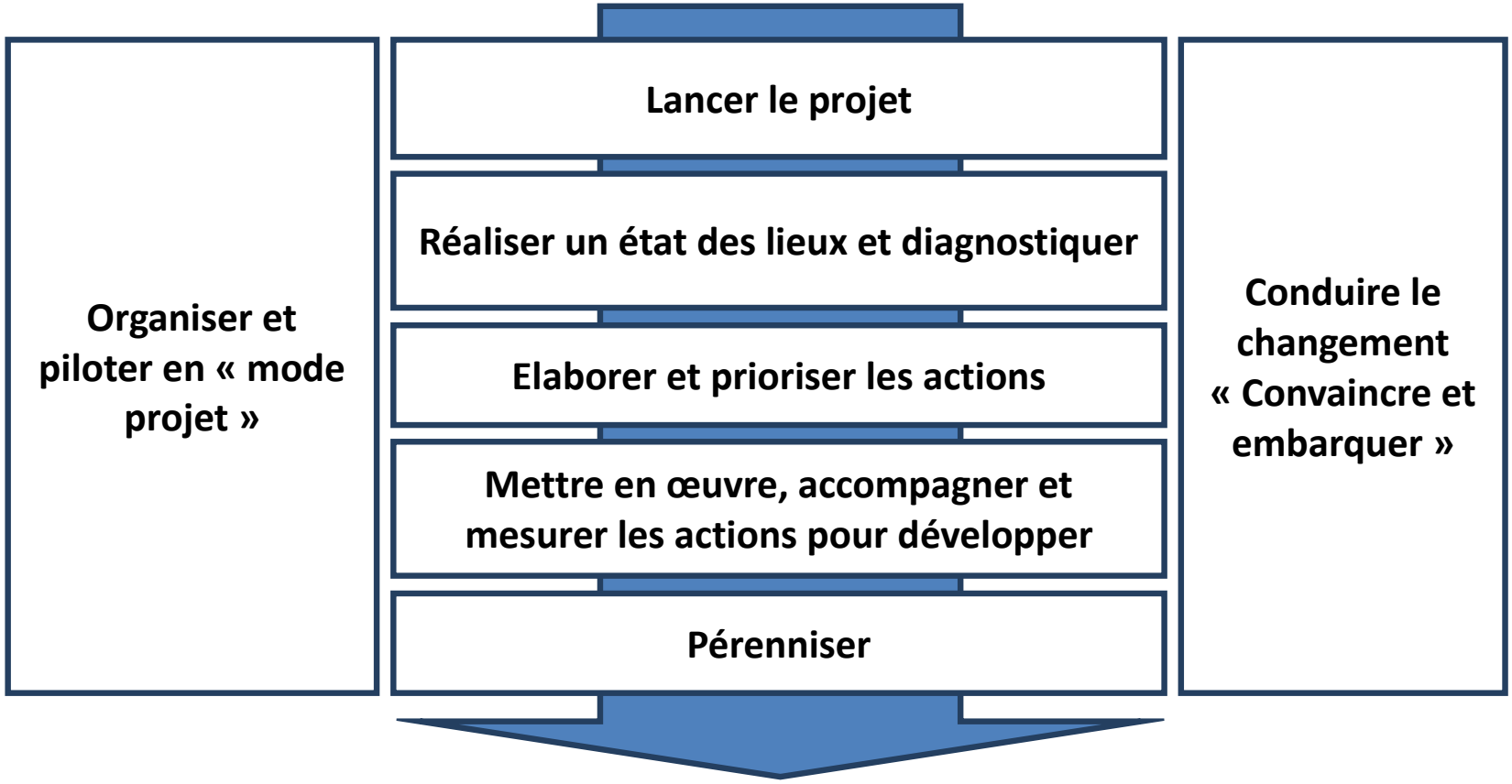
4 – Résultats escomptés



L'outil OPEERA est disponible sur le site de l'ANAP

Accompagnement de 20 ES

Les grandes étapes de la démarche

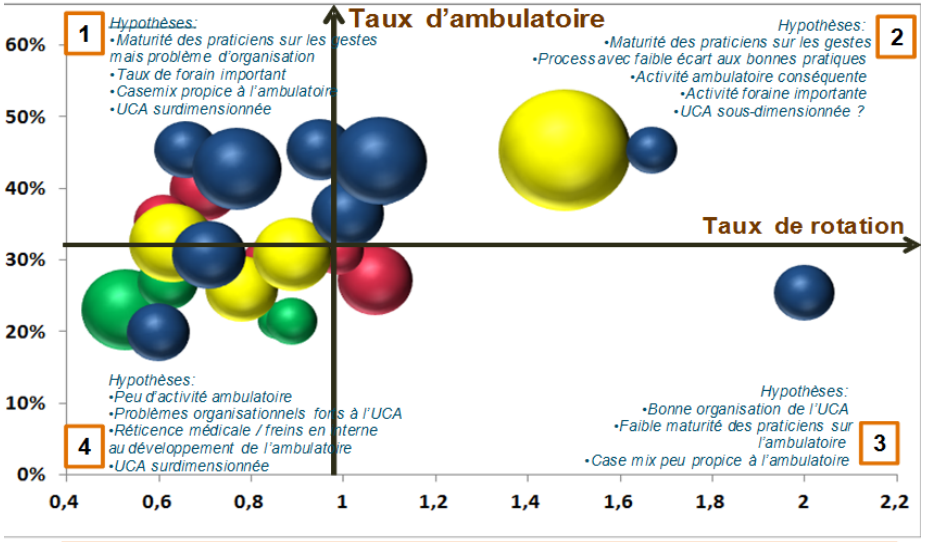

Organiser et piloter en « mode projet »
Lancer le projet
Réaliser un état des lieux et diagnostiquer
Elaborer et prioriser les actions
Mettre en œuvre, accompagner et mesurer les actions pour développer
Pérenniser
Conduire le changement « Convaincre et embarquer »

Accompagnement de 20 ES

Analyse du chemin clinique

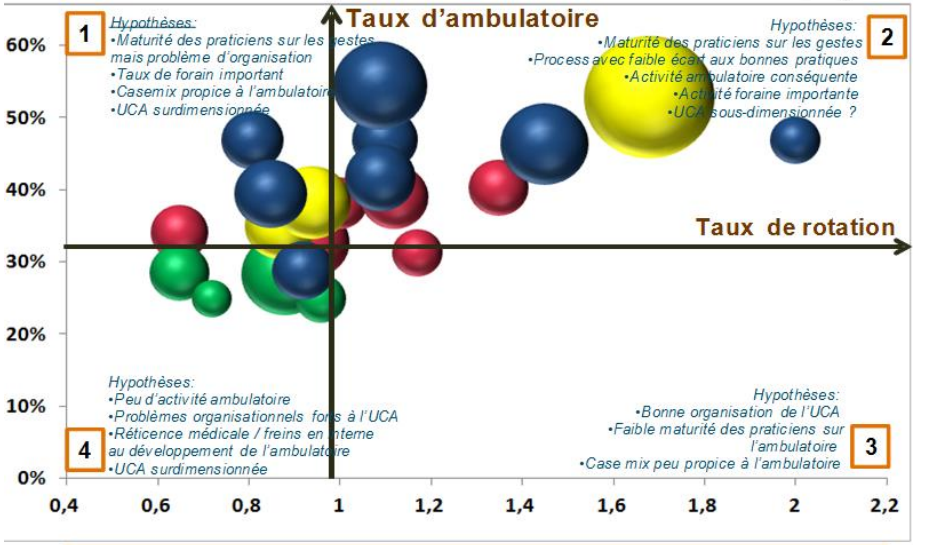
Avant l'hospitalisation		Pendant l'hospitalisation		Après l'hospitalisation	
1	Consultations préopératoires	4	Accueil patient et prise en charge UCA	7	Sortie patient
2	Pré-admission	5	Bloc opératoire et SSPI	8	Appel du lendemain
3	Appel de la veille	6	Prise en charge UCA et surveillance	9	Lien Ville / Hôpital (Etudiants MBA Dauphine)

① Matrice activité / organisation UCA
(*Situation initiale 2011*)



Légende: ESPIC, CHU, CH, Privé — Taille de la bulle : Nombre de places UCA

② Matrice activité / organisation UCA
(*Situation 1er Trimestre 2013*)

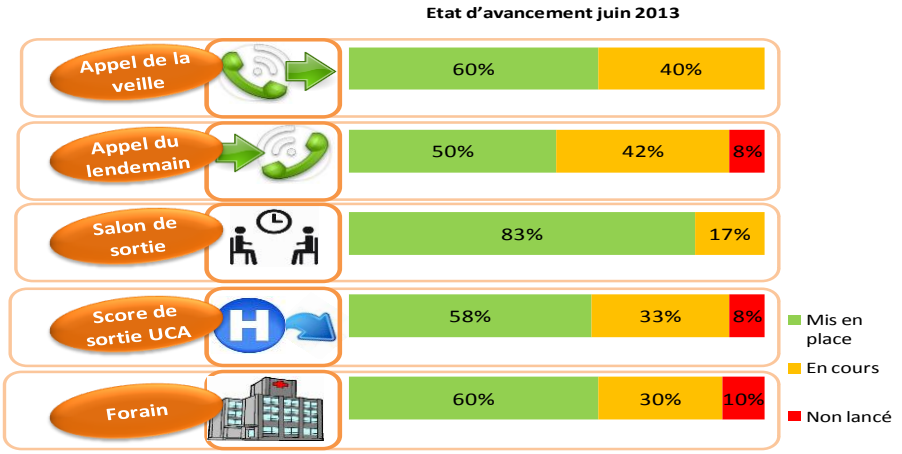


Légende: ESPIC, CHU, CH, Privé — Taille de la bulle : Nombre de places UCA

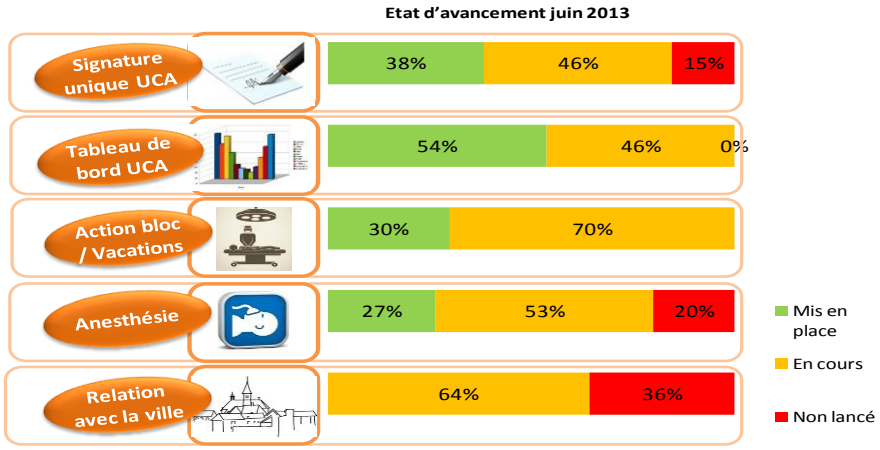
Accompagnement de 20 ES

➢ Les grandes tendances observés

- Une forte mobilisation de l'ensemble des acteurs (Direction et corps médical) qui se traduit par l'inscription du développement de la chirurgie ambulatoire dans le projet médical de l'établissement.
- Une priorisation des actions de type organisationnel



➢ … et d'autres actions moins avancées, préparent les défis de demain :



Accompagnement de 20 ES

	Taux d'ambulatoire [1]		Taux de rotation [2]		Taux de forain [3]	
	2011	T1 2013	2011	T1 2013	2011	T1 2013
ESPIC	28,9%	35,8%	1,05	1,28	Pas assez de données	
CHU	23,8%	27,1%	0,73	0,80	29%	16%
CH	32,2%	35,8%	0,85	1,04	15,7%	8,3%
Privé	38,1%	44,9%	1,12	1,40	3,9%	3,6%
MOY.	32,4%	37,9%	0,97	1,17	11,6%	7,0%
	(+ 5,5 points)		(+ 20 points)		(- 4,6 points)	

➢ **On constate une progression notable des principaux indicateurs quantitatifs**

- La part d'ambulatoire des établissements a bien progressé (+ 5,5 points en 1 an).
- Les établissements ont optimisé le fonctionnement de leur UCA : nette progression des taux de rotation (+20 points).
- Des actions ont été entreprises pour récupérer l'activité ambulatoire hébergée hors UCA, mais les taux de forain restent encore relativement élevés (7%).

[1] **Taux d'ambulatoire :** Taux d'actes chirurgicales réalisés en ambulatoire

[2] **Taux de rotation :** Nbre de patients pris en charge à l'UCA / (nombre de places ouvertes * nombre de jours d'ouverture de l'UCA).

[3] **Taux de forain :** Nbre de patients d'ambulatoire hébergés dans un service d'hospitalisation complète / nombre de patients opérés en ambulatoire

Accompagnement de 20 ES

Ce Guide :

- Est issu de l'expérience acquise auprès des 20 établissements de santé accompagnés
- Permet une démarche pragmatique pour chaque établissement voulant développer sa chirurgie ambulatoire quelque soit son niveau de maturité initial
- Est complémentaire aux autres productions de l'ANAP
- Est une déclinaison opérationnelle des recommandations HAS / ANAP
- Comporte trois chapitres :
  1. Démarche opérationnelle
  2. Mode d'emploi issu de fiches de retour d'expérience
  3. Pour aller plus loin sur le plan méthodologique

  + Annexes

Ce guide est disponible sur le site de l'ANAP

Nécessité de fonder l'hôpital de demain

- Accompagner l'évolution des pratiques professionnelles afin d'articuler le chemin du patient autour de plateaux (consultations; blocs; urgences) et non pas autour d'un service ou d'une unité d'hospitalisation

- Définir le dimensionnement hospitalier optimal en termes de capacités en lits, places ou plateaux techniques

- Dégager des marges de manœuvre financière pour répondre à des nouveaux besoins (nouvelles technologies ou médicaments, émergences des pathologies chroniques et dégénératives)

- Réfléchir au décloisonnement de l'hôpital en améliorant les interfaces ville-hôpital